

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

820

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri - Jean CARPENTIER

Né le 4 Aout 1911 à Sousse (Tunisie)

**Un cas de Purpura aigü inflammatoire
à évolution bénigne
et à topographie particulière.**

Président : LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

820

ANNO 1883

LE 15 MARS 1883

DOCTEUR EN MEDECINE

LE 15 MARS 1883

(Sous le sceau de la Faculté)

LE 15 MARS 1883

LE 15 MARS 1883

LE 15 MARS 1883

LE 15 MARS 1883

LE 15 MARS 1883

LE 15 MARS 1883

LE 15 MARS 1883

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'État)

PAR
Henri - Jean CARPENTIER

Né le 14 Aout 1911 à Sousse (Tunisie)

**Un cas de Purpura aigü inflammatoire
à évolution bénigne
et à topographie particulière.**

Président : LAIGNEL-LAVASTINE Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED
24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1 9 3 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVY Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT . .	
CHABROL		CATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . .	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique Psychiatrique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.*

En témoignage de notre profond respect.

A mon Maître le Docteur PAUL CHEVALLIER

Professeur agrégé
Médecin de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a inspiré ce travail.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Docteur BRECHOT.

Monsieur le Docteur RIST.

Monsieur le Docteur GAUTHIER.

Monsieur le Docteur FAROY.

Monsieur le Professeur agrégé CHEVALLIER.

UN CAS DE PURPURA AIGU INFLAMMATOIRE A EVOLUTON BENIGNE ET A TOPOGRAPHIE PARTICULIERE

Depuis la célèbre mais succincte communication de Werlhoff, en 1735, la question des purpuras a fait l'objet de discussions nombreuses. La multiplicité des aspects cliniques et des circonstances d'apparition, la variété et l'inconstance des signes biologiques en rendaient très difficile la classification.

Parmi les conceptions qui eurent cours, on peut distinguer plusieurs périodes.

Dans une première, Cruveilhier, Virchow, Labadie-Lagrave ont fait dépendre les éléments du purpura de lésions vasculaires, d'endartérite, de phlébite.

Puis on s'attache à mettre en lumière le rôle du système nerveux dans la pathogénie des purpuras. Le sympathique semble en cause dans certains cas de Conty, tandis que Faisans décrit un purpura myélopathique. Cette idée sera reprise plus tard par Grenet puis par Mariano-Castex.

La période bactérienne voit se développer la notion de purpuras d'origine infectieuse et l'on tend à attribuer le purpura soit à des germes trouvés dans les taches purpuriques elles-mêmes, soit à des toxines microbiennes.

Mais bientôt les travaux d'Hayem et ses élèves mettent en évidence l'existence d'altérations sanguines importantes portant spécialement sur les plaquettes et Lenoble propose même une classification basée sur la seule hématologie.

Dès lors les études hématologiques du purpura sont en faveur tant en France qu'à l'étranger. L'école allemande avec Schultze classe les diathèses hémorragiques en quatre groupes : hémophilie, purpura hémorragique

thrombopénique, purpura essentiel athrombopénique, purpura avitaminosique.

En pratique de nombreux traités se contentent de la classification de Thibierge qui a le mérite de la simplicité et de la clarté et qui englobe tous les faits sans postulat pathogénique, les scindant en purpuras idiopathiques et purpuras secondaires ou symptomatiques.

Actuellement : Tzanck et ses élèves, reprenant l'étude de la physiologie de l'hémostase en ont mis en évidence les différents facteurs, pariétal, endothéliothrombocytaire, plasmatique. Ils montrent ainsi la relativité de la valeur des trois tests habituels des états hémorragiques et insistent sur deux examens à leur avis essentiels :

— Etude des plaquettes quantitative mais aussi *qualitative*;

— Mesure du temps de coagulation.

C'est du résultat de ces épreuves qu'ils tirent non seulement une classification mais encore une conduite thérapeutique efficace.

D'autre part, notre Maître, M. Paul Chevallier, base sur l'étude anatomo-pathologique de la plaque de purpura la classification suivante :

1° Purpuras *dyscrasiques* ou dégénératifs où l'hémorragie est pure;

2° Purpuras *inflammatoires* où le phénomène essentiel est l'infiltrat leucocytaire péri-vasculaire. Dans ces derniers, la lésion causale n'est pas une fragilité ou une dégénérescence pure, c'est une inflammation bien caractérisée, une « microangite ».

Bien entendu, le syndrome « purpura inflammatoire » appartient à des maladies très différentes les unes des autres, que l'on peut répartir en trois groupes :

— Le groupe des purpuras infectieux aigus qui comprend avant tout des septicémies à cocci gram négatifs.

— Le groupe des purpuras gangréneux.

— Le groupe des purpuras inflammatoires idiopathiques de M. Paul Chevallier.

Nous rappellerons brièvement les signes que M. Paul Chevallier a décrits comme étant caractéristiques de ce dernier groupe.

I. — Au point de vue *clinique* : Purpura dermique ou purpura hypodermique, s'accompagnant ou non d'érythème, associé ou non à des manifestations viscérales, compliqué ou non de symptômes généraux et de douleurs rhumatoïdes, d'évolution aiguë ou d'évolution chronique, c'est avant tout une inflammation de la peau, mais qui est parfois escoriée de lésions mésentériques profondes en particulier de lésions péritonéales ou de lésions viscérales œdémateuses et purpuriques. Il existe même des formes localisées muqueuses et des formes localisées viscérales sur lesquelles a insisté M. Paul Chevallier (par exemple la forme rénale hématurique, le purpura gastrique solitaire de MM. Paul Chevallier et F.-R. Moutier).

II. Au point de vue *histologique*, péricapillarite avec polynucléaires au moment de l'éclosion de l'élément, et lymphocytes par la suite.

III. — Au point de vue *sanguin*, sang d'infection légère, avec, en général, leucocytose et polynucléose légères et, dans les cas chroniques, une tendance à la neutropénie et à la lymphocytose.

Les épreuves des symptômes hémorragiques sont négatives ou presque : minime allongement du temps de saignement parfois, très légère imperfection de la rétraction du caillot. Seul, le signe du lacet est assez fréquemment positif.

C'est dans ce groupe des purpuras idiopathiques inflammatoires que semble bien entrer l'observation que nous rapportons. Elle présente l'intérêt à la fois d'être par son allure clinique un cas type de maladie de Werlhoff et par la topographie de son éruption de constituer une curiosité susceptible d'intéressantes interprétations pathogéniques.

OBSERVATION

L'enfant D..., Robert, jeune écolier de 11 ans, en bonne santé apparante, est envoyé à notre maître M. Paul Chevallier, le 3 juillet, pour une éruption purpurique survenue brusquement.

En effet, le 1^{er} juillet, la maman de Robert s'est aperçue, en le couchant, qu'il présentait une éruption sur le thorax et les membres supérieurs.

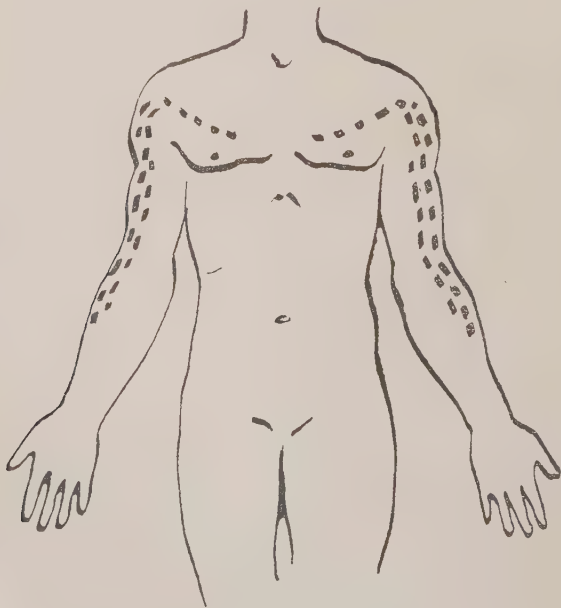
Interrogé, l'enfant déclare n'avoir rien ressenti de particulier ni avant, ni pendant l'éruption. D'autre part, il n'a pas présenté de fièvre depuis la constatation de l'éruption tout au moins (température rectale le 1^{er} juillet au soir : 37°).

Quant à l'éruption elle-même, elle a pris immédiatement tous ses caractères et ne s'est pas modifiée jusqu'au moment où l'enfant est venu consulter : elle est constituée par des taches rouges réparties de la façon suivante :

Elles commencent dans le troisième espace intercostal, extrémité antérieur à quatre travers de doigt de la ligne médiane à droite, à trois travers de doigt à gauche, elle se dirige ensuite en dehors, légèrement oblique vers le haut, suivant ainsi le troisième espace intercostal droit et gauche dans sa partie antérieure.

Elle arrive à la face antérieure de l'épaule et redescend sur la face antéro-externe des bras, puis sur la face externe des avant-bras. Elle s'arrête aux tiers supérieurs de ceux-ci. Il existe un élément isolé sur la face postéro-externe du radius.

Cette éruption est formée par des éléments séparés les uns des autres, disposés en une seule ligne sur le thorax et les épaules en deux et trois lignes sur les membres supérieurs.



TOPOGRAPHIE DE L'ÉRUPTION
LE 3 JUILLET

Chaque élément est constitué par une tache rouge elliptique dont le grand axe suit la direction générale de l'éruption. La dimension de chaque tache varie entre 6 mm. et 14 mm. au maximum. Le centre de la macule est légèrement granité. La teinte rouge de ces éléments ne disparaît pas à la pression du doigt, ce qui atteste de leur nature purpurique. Les macules sont rouges, mais d'un rouge un peu éteint qui tend, en certains points, vers le jaune : on voit ainsi que l'éruption est en voie de déclin.

Par ailleurs, cette éruption se présente comme un phénomène isolé :

Il n'y a aucune autre manifestation hémorragique.

Il n'y a pas d'adénopathie.

La rate est normale.

Il n'y a aucun trouble rhino-pharyngé (à peine quelques mucosités dans le nez).

Le système nerveux est normal.

L'état général est très bon : l'appétit est conservé; on ne note ni pâleur, ni amaigrissement. La température continue à être normale.

Nous ne retrouvons dans les antécédents du petit malade aucun incident pathologique digne d'être noté, en particulier, et nous insistons sur ce point, aucun signe pouvant témoigner d'une atteinte quelconque du système nerveux.

De même, les antécédents familiaux ne présentent aucun caractère particulier.

On ne note pas de phénomènes analogues parmi les ascendants ou les collatéraux de notre petit malade.

Sur les indications de M. Paul Chevalier, on pratique :

1° un examen hématologique;

2° une cuti-réaction à la tuberculine.

1. Résultats de l'examen hématologique :

<i>Globules rouges</i>	5.136.000
Hémoglobine	95 %
Valeur globulaire	0 92
Forme des globules rouges	normale
<i>Globules blancs</i>	9.400
Granulocytes neutrophiles	<i>pour cent</i> 48 5
Granulocytes éosinophiles	— 5 5
Granulocytes basophiles	— 0
Lymphocytes	— 9
Mononucléaires	— 33
Ombres de Gumprecht	— 4
<i>Plaquettes</i>	184.000

Temps de coagulation : 19 minutes avec caillot normal.

Temps de saignement : 3 minutes.

Le signe du lacet est négatif

2. Le 7 juillet, soit quatre jours plus tard, l'enfant est revu :

L'éruption est presque terminée : seules restent des taches jaunes.

Aucun nouveau signe n'est apparu, mais par contre, la cuti-réaction se montre *fortement positive*, même phlycténulaire.

RECHERCHE DES CAS SEMBLABLES

Nous avons recherché, si dans la littérature médicale, nous pouvions retrouver un cas analogue.

Nous avons feuilleté en vain la revue « Le Sang ».

Nous avons fait également des recherches dans les thèses se rapportant aux purpuras nerveux ou au cours de maladies nerveuses et si nous y avons trouvé des cas très apparentés, nous n'y avons pas trouvé ni la topographie exacte, ni l'allure clinique qui caractérisent notre cas.

Malheureusement les circonstances nous ont empêché d'étendre ces recherches plus loin, en particulier aux collections de revues consacrées aux maladies des enfants. Cependant, notre Maître M. Paul Chevallier qui a vu un très grand nombre de purpuras de toute espèce, nous a assuré ne jamais avoir vu ou avoir eu connaissance d'un cas identique.

CARACTERES OBJECTIFS DE L'ERUPTION

Ils sont constitués :

A. — Par l'aspect des taches qui sont de petites dimensions rouges, ne s'effaçant pas à la pression, ce qui permet d'affirmer leur nature purpurique et non congestive, elles ne confluent pas. Ce sont des ecchymoses dermiques, on dirait que l'enfant a reçu des coups superficiels.

B. — Par la topographie : c'est elle, avec son siège, ses caractères de régularité et de symétrie qui confère à ce cas de purpura sa particularité.

a) *Son siège* est tout à fait inhabituel. On sait en effet que les taches de purpura, lorsqu'elles sont localisées, prédominent aux membres inférieurs, en particulier dans la périose rhumatismale où l'éruption est souvent symétrique.

b) *La topographie elle-même.*

Est-ce une topographie radiculaire? quelle pourrait être la part du système nerveux, en particulier du sympathique, dans une semblable éruption?

Il vient tout de suite à l'idée de se reporter aux nombreuses études qui ont été faites sur les purpuras au cours de maladies nerveuses et les purpuras supposés d'origine nerveuse. Rappelons déjà les cas nombreux observés au cours de scléroses en plaques, de névrites, de myélites, au cours du tabès (A. Cain et Hillemant, Soc. méd. des Hôp., 24 novembre 1922) et d'encéphalite myoclonique (H. Roger, Soc. méd. des Hôp., 26 mars 1920). Ceci était bien fait pour faire songer à une origine nerveuse de certains purpuras. De plus, la coexistence à côté d'éléments purpuriques d'érythèmes, d'urticaire, d'œdème de Quincke même, attirait aussi l'attention sur la participation du sympathique qui joue,

comme l'ont montré MM. Laignel-Lavastine et Paul Chevallier un rôle essentiel dans ces phénomènes.

Hayem décrivait déjà un purpura trophonévrotique, Roger rapportait un cas de purpura métamérique, Ramon un cas de purpura radiculaire par intoxication salicylée. C'est-à-dire qu'à côté de purpura épiphénomènes dans des maladies nerveuses caractérisées, on était porté à relier certains purpuras à l'existence d'altérations nerveuses (Spezzafumo, Les purpuras d'origine nerveuse, *Tunisie médicale*, fév. 36).

Grenet, dans une série de travaux (Soc. de Biologie 1903, Soc. méd. des Hôp., 1904, Thèse Paris, 1905), rapportait le premier des résultats expérimentaux et insistait sur l'intrication des facteurs d'altération nerveuse et des facteurs toxi-infectieux dans la genèse du purpura.

Plus objectives étaient encore les observations de :

— Mariano R. Castex, dans la presse médicale du 29 mars 1924, qui expose les signes histo-pathologiques constatés par lui dans deux cas de purpura dont l'évolution lui avait permis d'examiner les centres végétatifs de la moelle épinière (tractus intermedius lateralis).

— Th. Minoresco et Perlstein (Sté Méd. des Hôp., 25 mars 27), qui, lors d'un purpura infectieux à streptocoques, avec éruption intense et symétrique, relevaient la présence de lésions très marquées des ganglions spinaux.

Dans le cas de notre observation, l'étude des territoires radiculaires, du moins par la comparaison des territoires des troubles sensitifs, lors de différents syndromes, avec le calque de notre éruption purpurique ne permet pas d'en tirer grande conclusion. Par contre, l'étude des distributions cutanées du sympathique (schémas des métamères de Brissaud, des dermatomes de Lemaire) donne comme plausible une systématisation sympathique.

M. Laignel-Lavastine s'est attaché à dégager ce facteur sympathique dans la pathogénie des purpuras (Laignel-Lavastine, Pathologie du Sympathique). Selon lui, « sa coïncidence fréquente avec la vaso-dilatation permet de penser qu'il peut en être le stade ultime ». L'atteinte du sympathique peut se faire à de nombreux étages du système nerveux et si l'étiologie des purpuras n'est pas univoque, la pathogénie, elle, paraîtrait l'être, que l'altération siège au niveau des centres sympathiques encéphalitiques ou médullaires, ou au niveau des fibres périphériques.

Quel serait le mécanisme de l'action du sympathique? Ici l'étude des différents syndromes où le sympathique semble jouer le rôle essentiel, que ce soit l'urticaire, l'œdème aigu angioneurotique, le dermatographisme ou le purpura, montre la parenté qui existe entre eux. On peut penser qu'une méiopragie locale des terminaisons péricapillaires du sympathique peut créer les conditions favorisant l'apparition du purpura en perturbant le temps de contraction pariétale, premier temps de l'hémostase physiologique, de même qu'elle détermine sous l'action d'autres facteurs certains cas d'urticaire localisée. Lors d'un purpura inflammatoire, l'effraction du capillaire se fera dans une zone de moindre résistance, zone de déséquilibre sympathique, de moindre tonus des éléments de l'orthosympathique expliquant ainsi certaines topographies. En effet, dans ce groupe de purpura les biopsies ont montré des infiltrats péricapillaires dans des régions où il n'existait pas de taches purpuriques (Thèse P. Dhéry, Paris, 1939).

Bien entendu l'entrée en scène de facteurs hématologiques ou de chocs humoraux réalisera encore par leur combinaison avec le facteur nerveux ou le facteur inflammatoire de multiples formes cliniques, et l'on conçoit bien la variété et l'inconstance des symptômes, des circonstances d'apparition, et des signes biologiques du purpura.

En ce qui concerne la topographie de notre cas de purpura, nous trouvons, dans le chapitre où M. Laignel-Lavastine étudie le rôle du sympathique dans les nævi pigmentaire et vasculaire, un cas curieux dont la topographie est peut-être intéressante à rapprocher.

Il s'agit d'un nævus congénital du membre supérieur gauche chez une jeune fille de quinze ans, qui occupe la partie inférieure de la région cervicale gauche, les trois premiers espaces intercostaux, la face antérieure de l'épaule et redescend sur la face antéro-externe du bras et de l'avant-bras. M. Laignel-Lavastine conclut à un territoire, non radiculaire spinal, mais sympathique, territoire qui correspondrait à la portion supérieure des centres sympathiques brachio-thoraciques, « topographie fréquemment réalisée par les champs synesthésalgiques observés au cours de la causalgie du nerf médian (Tinel).. »

Est-ce une topographie de zona? question que l'on peut d'autant mieux se poser après la lecture d'une observation de zona à éléments purpuriques de Gougerot et Salin (Archives des maladies du cœur). On confond souvent topographie zostérienne et topographie radiculaire. Notre maître, M. Paul Chevallier, a montré que le zona n'a pas une topographie radiculaire, mais qu'il est le fait d'une inflammation spéciale d'un territoire artériel fonctionnel. (Sur la pathogénie du zona, Soc. de biologie, 22 oct. 1927, t. 97, p. 1138). Mais dans ce cas, pas plus que dans le cas des topographies radiculaires, on ne peut affirmer que notre éruption soit superposable à un territoire artériel fonctionnel connu. D'ailleurs, il ne peut s'agir d'un zona anormal, la morphologie des éléments (aucun élément bulleux), l'absence totale d'adénopathie et de douleurs permettent d'éliminer complètement cette affection.

Ce qui est, d'autre part, assez spécial au cas qui nous intéresse, c'est :

— l'absence de signes généraux;

— l'évolution de la maladie.

Absence de signes généraux. — Nous avons vu en effet que la température prise au début était normale. Nous noterons cependant qu'elle n'a pas été prise avant l'éruption elle-même, ce qui eût peut-être montré un léger crochet fébrile.

L'enfant n'a ressenti aucune espèce de fatigue, pas d'anorexie.

Evolution de la maladie. — Elle a été également assez particulière :

L'éruption est sortie d'un seul coup, et il n'y a aucune nouvelle poussée éruptive.

La guérison a été rapide.

L'enfant a été revu quatre mois après en parfait état de santé.

C'est d'ailleurs là comme nous l'avons dit un cas type de maladie de Werlhoff. La maladie décrite par Werlhoff en effet était un purpura généralisé non fébrile chez un enfant, ayant abouti à la guérison en huit jours.

ETUDE HEMATOLOGIQUE

Le nombre des plaquettes est au troisième jour de 184.000.

Ce nombre pour notre maître, M. Paul Chevallier, n'indique pas une diminution notable. En effet, le chiffre de 300.000 donné comme normal est, à son avis, très théorique.

Le temps de coagulation de 19 minutes est normal, ainsi que le temps de saignement.

Le caillot se rétracte normalement et son aspect ne présente rien de particulier.

Le signe du lacet est absolument négatif.

Il n'y a donc aucun trouble indiquant une diathèse hémorragique quelconque.

D'ailleurs, notre maître Paul Chevallier a nommé cette sorte de purpura : « purpura anhémostatique ».

Quant à la composition en globules rouges et en globules blancs, elle paraît normale au premier abord.

M. Paul Chevallier n'attache aucune importance au nombre des éosinophiles (5,5 %) : nous ignorions l'état de la formule sanguine de l'enfant avant cet incident et ces éosinophiles peuvent être dus à toute autre cause.

D'autre part, il n'y a pas de polynucléose neutrophile ni de neutropénie, ce qui est remarquable, car si comme nous le pensons ce purpura est inflammatoire, il devrait y avoir polynucléose. Remarquons cependant que l'enfant a été vu le 3^e jour au cours d'une poussée unique. Or dans le purpura idiopathique infectieux aigu, il n'est pas exceptionnel de rencontrer des cas, où la polynucléose neutrophile se produit dès le premier jour et tombe ensuite immédiatement s'il n'y a pas de nouvelle poussée. Mais nous noterons en faveur d'une polynucléose antérieure, à l'examen du sang pratiqué dans le service de M. Paul Chevallier, la *déviation*

a gauche de la formule d'Arneth. Nous savons, en effet, que dans les infections avec polynucléose et déviation à gauche de la formule d'Arneth, celle-ci persiste après le retour à la normale du nombre des polynucléaires.

Le reste de la formule leucocytaire est absolument normal.

Insistons encore sur l'excellent état général,
le volume normal de la rate,
l'absence de toute hémorragie.

La question qui se pose maintenant est celle de l'origine de la maladie.

Il ne s'agit évidemment pas d'un purpura toxique ni dyscrasique.

On peut songer à une origine « anaphylactoïde », on sait en effet que certaines poussées purpuriques peuvent survenir à la suite d'ingestion de certains aliments. Cette hypothèse ne s'oppose pas à l'idée de purpura inflammatoire. (On sait en effet que les phénomènes d'inflammation ne sont pas forcément le fait d'une infection, mais qu'ils peuvent être d'origine toxi-infectieuse toxinique, toxique, par ex. le choc histaminique.) Pierre Dhéry (Thèse Paris, 1939) fait remarquer que parmi les nombreux cas qu'il signale, 50 % montrent l'influence particulière de certains aliments. Naturellement il ne s'agirait là que d'une cause déclenchante.

Nous pensons plutôt avec notre maître M. Paul Chevallier qu'il s'agit d'une *origine infectieuse*, et cela malgré l'absence de fièvre.

Mais quelle serait cette infection? On peut penser à une infection tuberculeuse : En effet nous avons dit plus haut que la cuti-réaction à la tuberculine pratiquée chez cet enfant le 3 juillet s'est montrée fortement positive et même phlycténulaire. De nombreux auteurs envisagent d'ailleurs l'origine tuberculeuse du purpura tères élémentaires de l'inflammation. Ce n'est qu'une hypothèse.

Quoiqu'il en soit, il faut regretter l'absence de biopsie qui aurait pu trancher la question, bien que, jusqu'à présent, les biopsies n'aient guère montré que les caractères élémentaires de l'inflammation. Ce n'est qu'une hypothèse que d'invoquer à l'origine un virus spécial encore inconnu et qui serait commun à tous les purpuras du groupe « inflammatoire idiopathique ». Signalons à ce propos la très curieuse série d'observations de MM. Paul Chevallier et F.-R. Moutier, observations concernant les cas d'ecchymatose inflammatoire chronique rassemblés de telle sorte qu'ils pouvaient faire penser à une véritable petite épidémie. (*Le Sang*, 1938, n° 7, Une épidémie (?) de purpuras ecchymotiques inflammatoires.)

CONCLUSION

Nous rapportons donc un cas tout à fait particulier de purpura chez un enfant de 11 ans : purpura à topographie spéciale, purpura se rapprochant du cas décrit par Werlhoff (mais non de ce que l'on entend communément sous le nom de Maladie de Werlhoff), avec son début subit, ses marbrures rouges, sa poussée éruptive unique, son évolution sans fièvre, vers la guérison, en quelques jours.

Ce purpura, pour autant que nous ayons pu nous en rendre compte, est unique dans la littérature médicale.

Il semble être dû à une infection ou sympathique ou vasculaire et l'ensemble de nos connaissances sur les purpuras autorise à le ranger parmi les variétés bénignes de purpuras inflammatoires aigus.

Sa topographie attire notre attention sur l'action possible du sympathique, qui peut avoir du moins un rôle de localisation.

Quant au germe en cause, la cuti-réaction à la tuberculine fortement positive nous autorise à rappeler que beaucoup de ces purpuras ont été attribués au bacille de Koch, mais ceci n'est actuellement qu'une hypothèse et en dehors de toute vérification histologique ou bactériologique, elle ne peut être considérée autrement.

Vu le Doyen :

Vu le Président de thèse :

TIFFENEAU.

LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Laignel-Lavastine. — Pathologie du Sympathique.

A. Tzauck et André Dreyfuss. — Importance de l'étude de la morphologie des plaquettes pour le diagnostic et le traitement des hémorragies. « Monde et Médecine », févr. 39.

G. Etienne. — Des ecchymoses zoniformes spontanées. « Nouvelle iconographie de la Salpêtrière », sept.-oct. 1907.

Faisans. — Des hémorragies cutanées liées à des affections du système nerveux sympathique.

Mariano R. Castex. — Sur la pathogénie du purpura. « Presse Médicale », 29 mars 1924.

Spezzafumo. — Les purpuras d'origine nerveuse. « Tunisie Médicale », févr. 36.

Grenet. — Pathogénie du Purpura. Recherches cliniques et expérimentales. Thèse de Paris, 1905.

Vinchon. — Les syndromes sympathiques.

Th. Minoresco et Perlstein. — « Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris », 25 mars 1927.

Pierre Dhéry. — Purpuras inflammatoires chroniques idiopathiques. Thèse Paris, 1939.

Paul Chevallier. — Sur la pathogénie du zona. Soc. de Biol., 22 oct. 1927.

Paul Chevallier. — Pour comprendre les Purpuras. « Le Foie », n° 10, 1936.

Paul Chevallier. — Classification des Purpuras. « Revue Belge des Sciences Médicales », X, 3 mars 1938.

